

# Kopfschmerzkalender

Name: \_\_\_\_\_

Woche von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1. Hast du heute Kopfschmerzen gehabt?	0	0	0	0	0	0	0
2. Wo war dein Kopfschmerz?	1	1	1	1	1	1	1
3. Wie lange dauerte dein Kopfschmerz?	2	2	2	2	2	2	2
4. War dir bei deinen Kopfschmerzen schlecht?	3	3	3	3	3	3	3
5. War dir schlecht, dass du erbrechen musstest?	4	4	4	4	4	4	4
6. Stört dich Licht während deiner Kopfschmerzen?	5	5	5	5	5	5	5
7. Stören dich Geräusche während deiner Kopfschmerzen?	6	6	6	6	6	6	6
8. Hast du wegen der Kopfschmerzen in der Schule gefehlt?	7	7	7	7	7	7	7
9. Hast du dich wegen der Kopfschmerzen hingelegt?	8	8	8	8	8	8	8
10. Hast du Kopfschmerzmittel eingenommen?	9	9	9	9	9	9	9
11. Haben die Kopfschmerzmittel geholfen?	10	10	10	10	10	10	10

Jetzt bitte Smilie anschauen und Zahl ankreuzen!!!

\*0 = keine Schmerzen

10 = größte vorstellbare Schmerzen



0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10